

Universidad de Zaragoza
Facultad de Ciencias de la Salud
Grado en Enfermería

Curso Académico 2017/ 2018

TRABAJO FIN DE GRADO

PLAN DE CUIDADOS PARA MAIMTI

Plan of care for Maimti

Autor: Mohamed Hnini Said

Tutora: Concha Germán Bes

ÍNDICE

RESUMEN.....	4
ABSTRACT.....	5
1. INTRODUCCIÓN.....	6
2. JUSTIFICACIÓN.....	13
3.OBJETIVOS.....	13
4.METODOLOGÍA	14
5. DESARROLLO.....	16
6. CONCLUSIONES.....	27
7. BIBLIOGRAFÍA.....	28
8. Anexos.....	30

“Pueden que olviden tu nombre, pero jamás olvidarán cómo les hiciste sentir.”

- Maya Angelou

Agradecimientos a mi familia por su apoyo, a mi tutora Concha por sus correcciones y su empatía, a mis compañeras/os que me animaron a desarrollar este trabajo y a todo el personal sanitario en los campamentos de refugiados saharauis por sus ayudas y consejos.

RESUMEN

Introducción: la diabetes mellitus es una compleja patología metabólica , que destaca por un estado de hiperglicemia respecto a los niveles sanguíneos, que se encuentran muy por encima de lo que se consideran los límites fisiológicos normales. Además cursa con otra serie de síntomas. La diabetes puede llegar a ser un grave problema en el siglo XXI para la salud pública. Es una de las causas de mortalidad temprana y afecta a millones de personas. Cada año aumenta el número de pacientes y, por tanto, el gasto en salud pública.

Objetivos: desarrollar un programa que incluya un plan de cuidados para un abordaje por parte de un profesional en enfermería para una persona recién diagnosticada con diabetes mellitus tipo 2.

Metodología: se ha llevado a cabo un estudio cualitativo tipo estudio de caso sobre una paciente de 35 años de edad, que se encuentra en los campos de refugiados saharauis, a la cual tras una visita al médico se le ha diagnosticado diabetes mellitus tipo 2.

Desarrollo: partiendo de la situación actual de la paciente en la búsqueda de soluciones se ha desarrollado un Plan de Cuidados acorde a las características del contexto familiar y social del campo de refugiados Saharaui, tras el tratamiento médico.

Conclusiones: puede establecerse que tras la evaluación del plan de cuidados desarrollado se han cubierto los objetivos de autocuidado y se ha alcanzado una mejoría clínica del paciente.

Palabras claves: Diabetes Mellitus, tipo 2, plan de cuidados, Campamentos saharauis.

ABSTRACT

Introduction: diabetes mellitus is a metabolic pathology, which stands out for a state of hyperglycaemia with respect to blood levels, which are well above what are considered normal physiological limits. It also has another series of symptoms. Diabetes can become a serious problem in the 21st century for public health. It is one of the causes of early mortality and affects millions of people. Each year the number of patients increases and, therefore, public health expenditure.

Aims: to develop a program that includes a plan of care for a boarding by a professional in nursing for a person newly diagnosed with type 2 diabetes mellitus.

Methodology: a qualitative case study was conducted on a 35-year-old patient in the Saharawi refugee camps, who after a visit to the doctor was diagnosed with type 2 diabetes mellitus.

Development: starting from the current situation of the patient searching for solutions for the planning of a Care Plan according to the characteristics of the family and social context of the Saharawi refugee camp, after medical treatment.

Conclusions: it can be established that after the evaluation of the care plan developed, the self-care objectives have been met and a clinical improvement of the patient has been achieved.

Keywords: diabetes mellitus, type 2, plan of care, Saharawi camps.

1. INTRODUCCIÓN

La diabetes mellitus constituye una patología caracterizada por una serie de alteraciones metabólicas de múltiples etiologías, en la que se da una hiperglucemia de tipo crónica y trastornos en el metabolismo de los hidratos de carbono, las grasas y las proteínas, resultado de defectos en la secreción de insulina, la acción de la misma o en ambas (OMS,1999) (1).

La American Diabetes Association (ADA) define la diabetes como una enfermedad crónica compleja que requiere una atención sanitaria continua, con estrategias multifactoriales de reducción del riesgo, que van más allá del control glucémico. Se consideran fundamentales la educación y el apoyo para la autogestión, previniendo de esa manera complicaciones agudas y reduciendo el riesgo de complicaciones a largo plazo (2).

Según el Sistema Nacional de Salud (SNS) de España la diabetes se define como una patología con elevada prevalencia y un gran número de comorbilidades, es decir, dos o más trastornos o enfermedades que se dan en la misma persona y que pueden ocurrir o no al mismo tiempo. La interacción entre las dos o más enfermedades se puede traducir en un empeoramiento en la evolución de ambas patologías, lo cual complica la salud de la persona afectada y aumenta el gasto en salud individual y colectivo (3). El tipo de diabetes mellitus más común es la diabetes de tipo 2, en la que el cuerpo es capaz de producir insulina, pero sin embargo, se vuelve resistente, es decir, la insulina se vuelve ineficaz. Junto con esta resistencia resulta imprescindible destacar que a medida que la enfermedad evoluciona los niveles de insulina sufren un progresivo aumento, llevando a unos niveles de glucosa también elevados. Generalmente se da más en personas más adultas, pero cada vez es más común encontrar niños y adolescentes que también la sufren.

Cuadro 1. Otros tipos específicos de diabetes

Defectos genéticos de la función de la célula-beta	Asociados con defectos monogénicos en la función de la célula-beta que son heredados en un patrón autosómico dominante y caracterizados por hiperglucemia en edades tempranas. La
--	---

	alteración principal es un defecto en la secreción de insulina y no en su acción, lo cual implica que no son propensos a la cetoacidosis. Se controlan con dosis bajas de agentes orales hipoglucemiantes.
Defectos genéticos en la acción de la insulina	Causas inusuales de diabetes asociadas a mutaciones en el receptor de la insulina, cuya severidad varía.
Enfermedades del páncreas exocrino	Pancreatitis, trauma del páncreas, pancreatectomía, neoplasia del páncreas, fibrosis quística, hemocromatosis, pancreatopatía fibrocalculosa y otros.
Endocrinopatías	Acromegalia, síndrome de Cushing, glucagonoma, feocromocitoma, hipertiroidismo, somatostinoma, aldosteronoma y otros.
Inducida por drogas o químicos	Vacor, pentamida, ácido nicotínico, glucocorticoides, hormona tiroidea, diazóxido, agonistas betadrenérgicos, tiazidas, fenitoína, alfa-interferon y otros.
Infecciones	Rubeola congénita, citomegalovirus y otros.
Formas poco comunes de diabetes mediada inmunológicamente	Síndrome del “hombre rígido”, las causadas por la presencia de anticuerpos contra el receptor de la insulina y la acantosis.
Otros síndromes genéticos algunas veces asociados a diabetes	Síndrome de Down, síndrome de Klinefelter, síndrome de Turner, síndrome de Wolfram, ataxia de Friederich, corea de Huntington, síndrome de Lawrence Moon Beidel, disfrotamiotónica, porfiria, síndrome de PraderWilli y otros.

Fuente: Rojas E. y col. (4)

1.1 EPIDEMIOLOGÍA DE LA DIABETES MELLITUS

Aproximadamente unos 415 millones de personas en el mundo, lo que es lo mismo, el 8,8% de los adultos con edades que van desde los 20 a los 79, se estima que tienen diabetes. Alrededor del 75% de estas personas viven en países con una renta media y baja. De continuar así, en el año 2040 unos 642 millones de personas, es decir, uno entre cada diez adultos, tendrá diabetes. El mayor aumento tendrá lugar en aquellas regiones donde la economía está pasando de niveles de renta baja a renta media.

En Europa se estima que el número de personas con diabetes se sitúa en los 59,8 millones, a lo que hay que añadir los 23,5 millones de casos no diagnosticados. Según estudios sobre la diabetes, el 13,8% de los españoles mayores de 18 años tienen diabetes tipo 2, lo que equivale a un total de 5,3 millones de personas. Uno de estos estudios arroja también una serie de datos preocupantes, ya que estima que el 12,6% de la población, es decir, más de 4,8 millones de personas, presenta una intolerancia a la glucosa o glucosa basal alterada, lo cual indica que se encuentran en situaciones que se consideran pre diabéticas, mientras que cerca de 11 millones de españoles son obesos, lo que equivale al 28,2% de la población. En el caso de individuos genéticamente predispuestos, la obesidad y el sedentarismo (hábito de vida cada vez más común) conllevan a una resistencia a la insulina, es decir, es un estado que precede a la diabetes de tipo 2 y que además suele acompañarse de otros factores de riesgo cardiovascular, como es el caso de la dislipidemia, la hipertensión y factores protrombóticos (5). No debe olvidarse el hecho de que a estos casos de diabetes tipo 2 es necesario sumarle los de tipo 1, que suponen aproximadamente el 5% del total de personas que sufren diabetes, así como otras situaciones especiales, como es el caso de la diabetes asociada con el embarazo (diabetes gestacional), que afecta a entre el 5 y el 7 de los embarazos.

El gasto en diabetes en España es de 5.809 millones de euros, de entre los cuales destacan el coste hospitalario y farmacológico. Debido al infradiagnóstico el gasto real en diabetes podría suponer el 12,5 % (8.787 millones de euros) del gasto total en salud. Una de las causas que llevan a un aumento del coste se debe a las complicaciones y hospitalizaciones asociadas a esta patología, hecho evitable, puesto que sucede como consecuencia de un mal control. (6)

En África se estima que aproximadamente 14,2 millones de adultos (edades entre 20 y 79 años), tienen diabetes, representando de esa manera una prevalencia regional de entre un 2,1 y un 6,7%. La región de África posee una de las cifras más elevadas respecto a

diabetes sin diagnosticar (más de dos tercios). La mayoría de las personas con diabetes viven en las ciudades, aunque la población predominante en la región es la de tipo rural (61,3%) (7,8).

1.2 COMPLICACIONES DE LA DIABETES MELLITUS

Entre las complicaciones de esta patología destaca fundamentalmente la cetoacidosis, que se da principalmente en pacientes de diabetes tipo 1, aunque no exclusivamente. Se da una presencia elevada en sangre de ácidos acetoacético, acetona e hidroxibutírico, debido a una inadecuada o inexistente administración de insulina. Esto ocurre como consecuencia de que la glucosa no es capaz de llegar hasta los glóbulos rojos, el hígado comienza a fabricar una elevada cantidad de azúcar y el cuerpo empieza a descomponer la grasa a una velocidad alta. Se trata de una grave situación que puede poner en grave riesgo la vida del paciente. La cetoacidosis, en determinados casos, constituye el primer signo de diabetes tipo 1 en personas que aún no han sido diagnosticadas. Existen otras complicaciones como las que se presentan en la siguiente tabla (9). Anexo 1

Cuadro 2. Posibles complicaciones asociadas a la diabetes.

Pie diabético	Resulta muy común que el paciente sufra problemas de tipo circulatorio, además de infecciones en las manos, pies y piernas, pudiendo llegar a presentar úlceras en la piel, desarrollando incluso gangrena.
Retinopatías	Se pueden dar alteraciones oculares en la retina, como consecuencia de una ruptura de los vasos sanguíneos. Hemorragias repetidas pueden resultar en una ceguera total o parcial. La inflamación del globo ocular también está relacionada con la diabetes. Las cataratas son comunes.
Vasculopatías	Arterioesclerosis y arterioloesclerosis diabéticas (no se diferencian).

Afecciones renales	Se dan en los glomérulos y túbulos. La posibilidad de sufrir nefropatías va aumentando con el desarrollo de la enfermedad.
Cardiopatías	La muerte debido a cardiopatías de diversa índole es dos veces más frecuente en diabéticos.
Síndrome neurológico	Cualquier tipo de alteración que se de tanto en el sistema nervioso central como en el periférico.
Impotencia sexual masculina	Más común en pacientes mayores de 35 años.

Fuente: Crespo C. y col. (9)

1.3 LOS CAMPAMENTOS DE REFUGIADOS SAHARAUIS

En el año 1975, como consecuencia de la fallida descolonización del Sáhara occidental, España, Marruecos y Mauritania invadieron el territorio saharauí, provocando la huida masiva de miles de saharauis a la llamada argelina. Desde ese momento, hace ya 41 años, aproximadamente alrededor de 200.000 saharauis viven en los campamentos de refugiados en territorio argelino, subsistiendo a base de ayuda humanitaria. Actualmente existen cinco campamentos denominados Wilayas o provincias (Aaiun, Smara, Dajla, Ausserd, Boujdour) y Rabuni, que constituye el centro administrativo de los campamentos. Cada campamento posee de 6 a 9 Dairas (pueblos) y un hospital. Cada Daira se encuentra a su vez subdividida en barrios, habiendo por cada Daira de 4 a 5 barrios, además de un dispensario.

Los campamentos de refugiados saharauis se organizan a través del Frente Polisario y Naciones Unidas. Anexo 2.

En cada Wilaya hay un hospital central con un enfermero y un médico, también existen dispensarios en cada Daira (barrios que componen la Wilaya). El hospital más grande es el de Rabuni, donde están todas las instituciones de la R.A.S.D (República Árabe Saharaui Democrática). Dicho hospital consta del Mayor número de personal sanitario y

de mejores instalaciones. También es donde se encuentran delegaciones sanitarias durante todo el año.

Los casos que no se pueden tratar en el hospital de Rabuni, se suelen trasladar al hospital de Tindouf (Ciudad argelina más cercana). También cabe la posibilidad, a través de delegaciones internacionales, trasladar algunos pacientes a otros países como España. (10) Anexo 3.

La mayoría de la población saharaui es de religión musulmana y dentro de la variedad que hay en todas las culturas, algunos aspectos relacionados con la salud conviene especificar. El rol de las mujeres está en el espacio doméstico y en una relación de subordinación al marido. No suelen hacer ejercicio físico y tienen poca variedad de comidas, en la que predominan los hidratos de carbono. Quizás lo mas importante que debe cambiar, es el patrón de belleza que está, o deberíamos decir, estaba -porque ahora está cambiando entre los jóvenes-, por encima del Índice de Masa Corporal. Tradicionalmente se piensa en una mujer redonda, por tanto obesa con sobrepeso cuando no obesidad. Esto da lugar a enfermedades como en nuestro caso de estudio la Diabetes y también, Hipertensión arterial, Artrosis y polipatología. Un ejemplo de la importancia del patrón de belleza de una “mujer oronda” ha sido el elevado consumo de corticoides y antihistamínicos¹ (que se pueden comprar no solo en farmacias sino en tiendas de alimentación) hace unos años. El consumo de corticoides se disparó ya que muchas mujeres recurrían a estos productos para no verse delgadas y así ser aceptadas socialmente. Afortunadamente, las campañas que llevó a cabo el Ministerio de sanidad de la R.A.S.D y otras organizaciones sanitarias, frenó el consumo de los corticoides de una manera muy notable. (10) Anexo 4

Alimentación

La alimentación en los campamentos refugiados saharauis depende de las ayudas humanitarias.

La canasta básica de alimentos que suministra PMA consta de 17 kilos y está compuesta por harina de trigo, arroz, lentejas y guisantes, aceite vegetal, azúcar y un compuesto de maíz y soja.

También reciben alimentos que distribuyen organizaciones no gubernamentales (ONGs) como Cruz Roja Española u Oxfam. (11)

¹ Recordemos que los corticoides retienen líquidos y dan imagen de gordura. Los anti-histamínicos producen sueño y abren el apetito. Por tanto no solo llevan a obesidad, sino que pueden ocasionar o acelerar otras patologías.

En resumen, la alimentación de pueblo saharauí se basa en: una dieta de subsistencia, buscando las diferentes organizaciones la eficiencia en la gestión de sus recursos económicos; está compuesta fundamentalmente por alimentos de bajo coste con un alto índice glucémico; mientras que siguen faltando verduras, frutas, leche, pescado y carne que aseguren la salud nutricional de la población general y los programas de alimentos complementarios suficientes para los grupos vulnerables (12). Anexo 5

Sedentarismo

Analizando la situación actual en los campamentos de refugiados, nos encontramos con un sedentarismo forzado que hace la vida en los campamentos saharauí se reduzca a la estancia en familia, con una actividad física prácticamente inexistente. La falta de ejercicio físico en un pueblo tradicionalmente preparado para una gran actividad favorece la aparición de diferentes grados de resistencia a la insulina, observándose además obesidad, en el 53,7% de las mujeres, de las cuales el 71,4% tenía obesidad abdominal, factor fundamental en la génesis de la diabetes (12, 13,14).

1.4 LA ESCUELA DE ENFERMERÍA

Fue fundada en el año 1992, aprovechando las instalaciones de un hospital antiguo de guerra. Los cambios en las instalaciones culminaron con la creación de un pequeño centro docente y una residencia de régimen interno. La escuela está ubicada en una zona lejana respecto a los campamentos de refugiados, lo cual dificulta enormemente el desplazamiento diario.

Desde entonces un gran número de asociaciones, entidades y organizaciones no gubernamentales han financiado la escuela y mejorado las instalaciones, desde las aulas, hasta la cocina, pasando por la residencia e incluso la instalación eléctrica. Todos estos avances han promovido un mayor interés por parte de los jóvenes por formarse, pudiendo accederse de esa forma a titulaciones de grado superior.

Actualmente la escuela tiene 250 alumnos, de los cuales 150 son mujeres y 100 hombres. La formación consiste en 3 años de docencia sobre enfermería general. Existe también la especialidad de matrona y desde el 2014 la especialidad de pediatría. Y sería necesario que hubiera la especialidad de Enfermería Comunitarias dada la distribución de la población en grupos familiares. También serían muy útiles estos enfermeros comunitarios

para las familias Beduinas, que viven en la periferia de los campamentos al cargo de sus ganados de camellos y cabras.

La escuela funciona gracias a la ayuda humanitaria y debido a la situación de crisis presente, se ha puesto en duda su continuidad. Sin embargo, dada la importancia del centro en los campamentos se ha conseguido mantener a flote gracias a la ayuda de las diferentes asociaciones (15 y 16). Anexo 6.

La Universidad de Zaragoza, desde hace 3 años, a través de convenios de cooperación, impulsó un programa de movilización a los campamentos de refugiados saharauis de sus estudiantes. Desde la Facultad de Ciencias de la Salud se organizó un viaje en el que los estudiantes de la facultad pudieron conocer la realidad del pueblo saharauí y sus necesidades básicas en el ámbito sanitario, además de atender a parte de la población en diferentes hospitales de la región. Anexo 7.

2. JUSTIFICACIÓN

En los campamentos de refugiados, el pueblo saharauí se ve en una situación inhumana desde hace más de 40 años, donde las enfermedades, incluyendo las crónicas, suponen cada vez un problema más grave como consecuencia de un pobre sistema sanitario. En estos campamentos existe una clara escasez tanto de alimentos de calidad como de medicamentos básicos, lo que promueve una mayor expansión de las diferentes patologías.

La diabetes es una de estas enfermedades que, debido al cambio de hábitos alimenticios, cada vez aumenta más el número de personas que la padecen. La falta de una adecuada educación sanitaria relacionada con esta enfermedad, la poca información ofrecida, la situación social y política, su cultura culinaria... etc me ha llevado a elaborar "Un plan de cuidados para Maimti".

3. OBJETIVOS

El objetivo general es el siguiente:

Establecer un plan de cuidados y autocuidados para un "paciente tipo" en los campamentos de refugiados saharauis, recién diagnosticado de Diabetes Mellitus tipo 2.

Este objetivo podrá alcanzarse a través de los siguientes objetivos específicos, que se enumeran a continuación:

1. Identificar las necesidades del paciente
2. Fomentar los conocimientos del paciente sobre su enfermedad en un lenguaje que pueda comprender.
3. Buscar estrategias de autocuidado adaptadas al contexto social y geográfico.
4. Promover estilos de vida saludables, especialmente en la alimentación y el ejercicio físico regular, partiendo de la cultura culinaria dominante.
5. Valorar y fomentar la mayor autonomía posible en sus cuidados y la adhesión al tratamiento médico del paciente.
6. Trabajar para conseguir una red de apoyo para el paciente y favorecer los grupos de autoayuda versus autocuidado para prevenir la enfermedad.

4. METODOLOGÍA

4.1 DISEÑO DEL ESTUDIO

Hemos elegido el Plan de Cuidados estudiando un caso representativo y común, que nos permite abordar un análisis cualitativo de la situación de una paciente. Hemos elegido una persona de 35 años edad, a la que se ha diagnosticado diabetes mellitus tipo 2, que representa a la población de mujeres de los campos saharauis, Maimti una “mujer adulta con diabetes, paciente tipo”. La exploración de los datos del caso tipo se ha ido desarrollando desde el comienzo del Trabajo Fin de Grado, a partir de la información de familiares y personal sanitario de los Campos de Refugiados.

4.2 PROCEDIMIENTO DE RECOGIDA DE LA INFORMACIÓN

La información se ha obtenido fundamentalmente a partir de dos fuentes: la revisión de evidencias científicas o revisión bibliográfica, que abordaremos en primer lugar y los datos de la historia clínica de la paciente en el punto de desarrollo del Plan de Cuidados, así como el programa NNN consult disponible desde la Universidad de Zaragoza para el registro de diagnósticos enfermeros, intervenciones y resultados.

Para la revisión bibliográfica hemos utilizado bases de datos: Pubmed, Google Scholar y Cuiden. Para llevar a cabo la recogida de información y datos primeramente se solicitó la autorización de la paciente. Para realizar la búsqueda de información en las diferentes bases de datos se estableció una estrategia en la cual se plantearon unos límites de búsqueda, en la que se excluyó a aquellos artículos de más de 20 años. Se hizo una

selección también por el idioma, incluyendo aquellos artículos que se encontraban disponibles tanto en inglés como español. Las palabras clave empleadas fueron “diabetes”, “tipo2”, “cuidados”, “Campamentos”, “saharaui” y “enfermería”, los cuales se combinaron a través de lo que se conocen como operadores booleanos, más concretamente los operadores AND y OR, de manera que fue posible recuperar el mayor número de artículos posibles. También buscamos en Deposita y Zeguan.

Cuadro nº 3. Búsqueda en base de datos

Bases de datos	Palabras claves y operadores booleanos	Artículos encontrados	Artículos utilizados
Cuiden	Diabetes AND tipo2 AND Enfermería	5	1
Pubmed	Diabetes AND Mellitus AND tipo2	183	3
Google Scholar	Campamentos AND Saharaui AND Diabetes	37	2
Deposita	Diabetes AND cuidados	2	0
Zeguan	Diabetes AND Autocuidados OR Cuidados Enfermería	8	1

Fuente: Elaboración propia

5. DESARROLLO

5.1 PRESENTACIÓN DEL CASO. Datos recogidos de la historia clínica de la paciente

- ☐ Nombre: Maimti
- ☐ Edad: 35
- ☐ Sexo: Mujer
- ☐ Estado civil: Casada
- ☐ Estudios: dejó los estudios en 6º de primaria
- ☐ Vive con su familia (padres, 5 hermanos, 3 hermanas, su marido y su hijo pequeño)
- ☐ Enfermero responsable: Mohamed
- ☐ Diagnóstico médico: Diabetes Mellitus tipo 2. Obesidad.
- ☐ Antecedentes médicos: Apendicetomía (hace 4 años)
- ☐ Alergias: no conocidas

5.2 Entrevista a Maimti en su casa:

Maimti es una joven saharaui de 35 años que pasó su infancia en el desierto con su abuelo, hasta que desde los 6 años se trasladaron a los campamentos de refugiados.

Tras acudir a la consulta de enfermería de su campamento (Laiun) al sentir sensación de fatiga, tener visión borrosa en ocasiones, sed habitual y hambre a horas inusuales del día, le han diagnosticado diabetes tipo 2. Por este motivo, se le entrevistó en su Jaima² en una para conocer más sobre ella, sus hábitos, su situación familiar y sus conocimientos sobre la enfermedad, en el verano de 2018.

Cuadro 4. Entrevista realizada a Maimti.

- ☐ Mohamed: SalamAlaikomMaimti, soy Mohamed, el enfermero que va a llevar su caso para ayudarla a cuidarse y llevar una mejor vida con la enfermedad que padece.
- ☐ Maimti: AlaikomBesalam Mohamed. ¡Bienvenido!

²Jaima es una tienda de campaña. Vivienda habitual de los Campos de Refugiados Saharauis

- ☐ Mohamed: Shukran (gracias). Si le parece voy a hacerle unas preguntas.
- ☐ Maimti: Sí, por supuesto.
- ☐ Mohamed: ¿Con quién y donde vive?
- ☐ Maimti: Estoy casada. Mi marido y yo vivimos con mi familia en esta jaima.
- ☐ Mohamed: ¿Cuál es su rol familiar?
- ☐ Maimti: Bueno, soy ama de casa y madre. Junto a mis hermanas me encargo también de cuidar a mis padres . Mis padres ya tienen una edad y necesitan a sus hijos.
- ☐ Mohamed: ¿Cuáles son esas tareas domésticas, son diarias?
- ☐ Maimti: Lo típico, fregar los platos, limpiar la jaima y la cocina, recoger, preparar té, ir a darle de comer a las cabras, ir a recoger la ayuda humanitaria cuando llega, cuidar de mis padres mayores y cubrir sus necesidades además de cuidar a mi niño de 3 años. Las tareas, generalmente, no son diarias, ya que nos toca realizarlas a cada una de nosotras un día, es decir, dos veces semanales, aunque los días que no me toca, si veo que hay demasiada tarea, intento ayudar.
- ☐ Mohamed: ¿Y en los días que no le toca responsabilizarse de las tareas, qué hace?
- ☐ Maimti: Cuidar de mi hijo, estar con mi marido y, mayoritariamente, tomar té con mis padres. También, de vez en cuando, voy a ver a mis amigas y primas en otros barrios. Otras veces vienen ellas a visitarme.
- ☐ Mohamed: ¿Hace algún tipo de ejercicio?
- ☐ Maimti: No, ya sabe que esa cultura aquí no hay.
- ☐ Mohamed: Bueno, ¿es mucha la distancia entre donde están las cabras y su jaima?
- ☐ Maimti: pues están a unos 300 metros ida y otros 300 m vuelta. Voy dos días a la semana.
- ☐ Mohamed: También veo que la cocina no está cerca de la jaima.

- Maimti: Sí, cuando me toca estar yendo y volviendo de la cocina me canso bastante.
- Mohamed: ¿Me puede decir lo que come durante la semana más o menos?
- Maimti: Comemos muchas legumbres casi todos los días. Aquí se come en familia, todos en una bandeja grande y solo un tipo de alimento. También comemos mucha carne de camello, nos hacemos nuestro propio pan. Nos dan huevos a veces leche de vaca, aunque aquí también se toma la leche de camella y cabra. Tomo mucho té durante el día y le pongo azúcar. También tomamos leche fermentada con agua y azúcar. Ya sabe, el azúcar es el aditivo principal a todos los alimentos aquí. A mi hijo le doy de merendar muchas veces un trozo de pan con aceite y azúcar y casi siempre me hago otro para mí.
- Mohamed: ¿Sospechaba de padecer diabetes?
- Maimti: No, para nada, escuché hablar mucho del azúcar, pero no sé exactamente qué es ni qué consecuencias tiene.
- Mohamed: ¿Tiene algún familiar que lo padezca?
- Maimti: No, que yo sepa, ninguno.
- Mohamed: Maimti, tienes un problema que si estás dispuesta se puede resolver con la ayuda de la medicación y los cambios de vida que te voy a ir proponiendo.
- Maimti: Estoy dispuesta a hacer cambios que vayan en pro de mi salud, soy todavía muy joven para enfermarse y siempre he estado sana.
- Mohamed: Así me gusta, esa actitud positiva es básica para, en poco tiempo lograr sanar. Hasta podemos dejar de tomar fármacos si todo va bien, dado que estamos al comienzo de la Diabetes.

Fuente: elaboración propia.

Como se puede ver en la entrevista, el primer factor que debería tenerse en cuenta es la ignorancia total por parte de la paciente de qué es lo que implica exactamente tener diabetes tipo 2, sabe que implica algún tipo de problema con el azúcar, pero no sabe con exactitud lo que ocurre.

Tras la pregunta hecha sobre el ejercicio se puede ver que es una persona con una estilo de vida sedentaria, ya que aunque la cocina y las cabras no se encuentran en los alrededores de la jaima no es mucha la distancia que debe recorrer.

Dentro de la dieta existe un consumo desmesurado de azúcar, lo cual no es bueno para el desarrollo de su patología.

Una de las características de gran influencia para el desarrollo de la enfermedad es la obesidad que presenta la paciente, clasificada de acuerdo al Índice de Masa Corporal. Para obtener estos datos se pesó a la paciente, obteniendo tras la elaboración de los cálculos pertinentes un peso de 78Kgrs. y talla de 1,53. El IMC de 33.4, es decir, la paciente presenta obesidad tipo I. Presenta obesidad muy evidente en cintura.

Se han llevado a cabo análisis de orina y toma de T.A, y se han obtenido los siguientes resultados:

- ☐ Coloración normal, lo cual indica que no existe una nefropatía diabética, relacionada generalmente en estos casos con la eliminación renal de albúmina.
- ☐ Glucosuria. Presencia de glucosa en la orina (prueba de glucosa en la orina a través de tiras reactivas). Esto indica la existencia de algún tipo de patología puesto que, en condiciones normales, el total de la glucosa es reabsorbida, puesto que se trata de un elemento fundamental para la obtención de energía. Una eliminación de glucosa a través de la orina se conoce con el nombre de glucosuria.(Rango normal de glucosa en la orina: 0 a 0.8 mmol/l (0 a 15 mg/dL).
- ☐ Toma de la TA: 125/85 mmHg.

5.3 TRATAMIENTO FARMACOLOGICO y PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

El médico le dio el tratamiento con metformina 1/día en el desayuno. Dentro del trabajo en equipo tenemos la opción de realizar algún cambio, en caso de que se de algún tipo de intolerancia o exista alguna contraindicación respecto a la metformina, que se sustituye por otros fármacos como la sulfonilurea o los inhibidores de la dipeptidil-peptidasa.

El método de trabajo enfermero comienza con la definición de los diagnósticos:

DIGANOSTICOS ENFERMEROS, INTERVENCIONES, RESULTADOS (NNN en inglés)

NANDA [00232] OBESIDAD. Relacionado con falta de ejercicio e ingesta excesiva de calorías por costumbre culinaria. Asociado a Diabetes.

NANDA 00179 RIESGO DE GLUCEMIA INESTABLE

NANDA 00162 DISPOSICIÓN PARA MEJORAR LA GESTIÓN DE LA PROPIA SALUD

NANDA 00001 DESEQUILIBRIO NUTRICIONAL (INGESTA SUPERIOR A LAS NECESIDADES METABÓLICAS)

ACTIVIDADES /INTERVENCION ENFERMERAS (NIC)

2380 Manejo de la medicación: Determinar el conocimiento del paciente sobre la medicación y Asegurarnos que la toma según las indicaciones dadas. Observar si hay efectos secundarios de la medicación.

00097 déficit de actividades recreativas y 00168 sedentarismo: Estimular paseos largo en compañía. Probar tablas de gimnasia

2304 administración de medicación: oral según prescrita

5270 apoyo emocional. Refuerzo del apoyo familiar y mantenimiento de la buena disposición.

Para los NIC: 5246 asesoramiento nutricional. 5614 enseñanza: dieta prescrita. 5612 enseñanza: ejercicio prescrito. Según protocolo de autocuidados.

Para los NIC: 4740 llevar un diario, 2130 manejo de la hiperglucemia, 4330 terapia artística, 5604 enseñanza: grupo. Se le plantean a medida que progresa y lo acepta.

Cuadro 5. Criterios de resultados NOC. Valoración numérica y escala Likert (0 a 4)

NIC	Inicio	Intermedia	Final
1627 conducta de pérdida de peso. Control periódico	78	65	58
2300 nivel de glucemia (En ayunas)	150mg/dl	129mg/dl	100mg/dl
2002 bienestar personal –percibido-	2	3	4
1621 conducta de adhesión: dieta saludable	1	3	4

1622 conducta de cumplimiento: dieta prescrita	1	2	4
1623 conducta de cumplimiento: medicación prescrita	2	4	4
1820 conocimiento: control de la diabetes	0	2	4
2004 forma física –percibida-	0	2	4
1200 imagen corporal –percibida-	2	3	4

Fuente: Elaboración propia.

ACTUACIONES NIC

En primer lugar, se necesita hacer llegar a la paciente toda la información necesaria para que comprenda la patología, de forma que pueda entender la importancia de seguir el tratamiento médico y los cambios de hábitos de vida que le proponemos. Para ello en la primera entrevista y además de las sesiones programadas, le iremos explicando los cambios que debe realizar desde la importancia de la insulina en el organismo hasta la importancia de una vida cotidiana sana.

Para facilitar la tarea de formación y asimilación de conceptos, hemos planificado unas sesiones, pensadas como futuros talleres. En el anexo 10, se exponen algunas fichas didácticas extraídas de un “Curso de Educación para la Salud del Hipertenso y familia” (18), dado que tienen factores de riesgo comunes como el sobrepeso y sedentarismo. Nuestro programa para el plan de Cuidados de Maimti lo distribuimos a lo largo del tiempo de la siguiente forma:

- Duración del programa educativo –futuro taller-: 4 días, una sesión por día, con una duración de 70 minutos cada una de ellas.
- Número de sesiones: 4 sesiones relacionadas con diferentes cuidados. Concepto de diabetes, alimentación saludable, actividad física y caso práctico.
- Días de la semana: sábado, domingo, martes y jueves. La distribución de los días se ha adaptado al día de Maimti, aparte de su contexto cultural y religioso, ya que se trata de una paciente musulmana y el viernes es un día festivo.

Desarrollo de actividades:

Sesión 1: Asimilación de conceptos básicos de la Diabetes Mellitus:

Objetivo: Fomentar los conocimientos de la paciente sobre su enfermedad

Materiales: Ordenador portátil.

En la entrevista ya se le explicó a Maimti, de manera resumida, su enfermedad, pero era necesario dedicar un taller. En este taller se le ha detallado el concepto de la diabetes, porqué es necesario un autocuidado y las complicaciones que puede generar esta enfermedad, además de los conceptos básicos que debe asimilar.

También aprovechamos para explicarle con detalle los siguientes talleres.

Sesiones 2: Salud y hábitos alimenticios saludables 1:

Objetivo: Detectar hábitos alimenticios no saludables y proporcionar información para sustituirlos por otros saludables.

Materiales: ordenador, folios, tijeras, pegamento.

Desarrollo de Actividades y tiempo

- *La dieta mediterránea*

Se realizará una exposición de un Power Point de la pirámide nutricional y las recomendaciones a seguir. Al finalizar se le entregará un tríptico sobre alimentación con la pirámide y con imágenes de alimentos que deben evitar y aquellos que deben consumir. Insistiré en la importancia de realizar 5 comidas al día.

- *La pirámide de Maimti:*

En este taller se entregará una pirámide vacía y una serie de imágenes de alimentos y hábitos saludables (deporte, descanso). Ella deberá recortar las imágenes y colocarlas en la pirámide según crean, la pirámide se divide en: la parte de arriba, los alimentos que se deben consumir semanalmente; en el centro, aquellos que deben consumirse diariamente; debajo aquellos que se deben ingerir en todas las comidas principales y en las últimas dos líneas, aquellas actividades que debemos realizar todos los días.

El objetivo es conocer los productos que consume y con qué habitualidad lo hace. Ver Anexo 8.

- Sesión 3: Salud y hábitos alimenticios saludables 2:

○ *Menú saharauí sano:*

En esta actividad le entregaré folios y deberá hacer el menú de una semana. La idea es que a través de lo aprendido con la pirámide, sea capaz de establecer lo que es saludable y lo que no. Al finalizar se le entregará un tríptico con un menú saludable de una semana para que lo ponga en la nevera y lo tome como ejemplo, contiene consejos para una alimentación sana. Se le recordará en todo momento la importancia de trasladar la información que está adquiriendo al resto de la familia.

Cuadro nº 6. Propuesta de Menú para una semana

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Desayuno	Leche+ cereales integrales.	Té+Pan con aceite de oliva.	Leche+cereales integrales.	Té+pan integral con queso.	Leche+ galletas.	Té+ pan integral con queso.	Leche+ cereales integrales.
Almuerzo	1 vaso de té+Fruta.	Yogur.	3 galletas+ un vaso de té.	Yogur.	Té + galletas.	Té.	Fruta.
Comida	Ensalada+ Pan integral +fruta.	Pollo+ judías verdes+ fruta.	Puré sin patata+sardin as.	Arroz con verdura	Crema de calabacín+ filete de ternera+fruta .	Carne guisada + pan integral + yogur.	Cuscús integral con verduras+ yogur.
Merienda	3 galletas+ 1 vaso de té.	Pan integral+ queso.	Manzana.	Batido de manzana y yogur.	Pan integral con aceite.	Fruta	Té+ 3 galletas.
Cena	Filete de carne+ pan integral+fruta.	Tortilla francesa.	Ensalada+ yogur.	Pechuga de pollo+ ensalada de tomate + yogur.	Verdura+yogur.	Tortilla de atún+ yogur.	Ensalada de tomate,lechuga y atún+ fruta.

Fuente: Elaboración propia.

El té saharai:

Para comenzar le pasaremos un breve cuestionario para conocer su rutina de toma de té diario.

¿Cuántas veces tomas té al día?

¿Tomas azúcar?

¿Consumes mucho azúcar?

¿Conoces la relación que hay entre el consumo de azúcar y la diabetes?

¿Has pensado en sustituir el azúcar por la sacarina?

Por último, se le darán las recomendaciones acerca de la toma de azúcar, le insistiré en la necesidad de que sustituya el azúcar por sacarina e incluso de que reduzca su consumo de té. Además le aconsejaré que traslade esta información a su entorno para que colaboren de manera activa en esta fase de modificación de hábitos.

Sesión 4: ¡Acaba con tu sedentarismo!

Objetivo: Fomentar la incorporación de la actividad física en la rutina de las participantes

Materiales:ordenador y tríptico actividad física

Actividades a desarrollar y tiempo

- ¿Qué es para Maimti el ejercicio físico?

Para comenzar se realizará una lluvia de ideas, le preguntaré que le sugiere a ella ejercicio físico.

La actividad física de Maimti

Les entregaremos un cuestionario sobre su actividad física diaria, con qué frecuencia realiza ejercicio, que actividades realiza, qué deportes conoce, cual le gusta más y si lo realiza, si cree que realiza suficiente ejercicio y si le gustaría hacer más.

- Recomendaciones de actividad física

Se procederá a la exposición de un powerpoint que contiene las recomendaciones (150 minutos de ejercicio moderado a la semana) de la OMS para adultos, así como los beneficios protectores y preventivos que tiene la actividad física frente a las enfermedades cardiovasculares, así como los beneficios que este tiene para mejorar el estado de ánimo y la calidad de sueño y descanso. Al finalizar se le entregará un tríptico con recomendaciones y opciones de ejercicio físico que puede realizar adaptados a sus condiciones.

Cuadro nº 7. Plan de actividades de ejercicio físico semanal

Día	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Ejercicio	Paseo	Paseo	Paseo	Paseo	Paseo	Paseo	Paseo
	matuti-	matuti-	matutino de	matuti-	matutino	matutino	matutino
Mañana	no de	no de	20 minutos	no de	de 20	de 20	de 20
	20	20		20	minutos	minutos	minutos
	minutos	minutos		minutos			
Tarde	Hacer la compra y llevar ella las bolsas		Ir a la repartición de alimentos de ayuda humanitaria		Dar una vuelta con alguna amiga		Realizar tareas del hogar

Fuente: Elaboración propia.

Sesión 5: Caso Práctico:

Esta última actividad del taller consiste en un caso práctico para comprobar que Maimti ha aprendido como debe modificar sus hábitos.

Embarka es una mujer de 53 años, come mucho pan con todas las comidas, no cuida su alimentación, además le gusta mucho tomar el té. Al día realiza el ritual del té 4 veces (3 vasos de té en cada uno). El médico le ha diagnosticado una Diabetes Mellitus tipo I, por lo tanto debe realizar cambios en sus hábitos de vida.

Tu función es hacerle un menú a Embarka, incluyendo las tomas de té que debe realizar al día. Es importante que recuerdes que es recién diagnosticada de Diabetes.

Sesión 6: EVALUACIÓN:

Evaluación de la estructura

Se le entregará una encuesta para evaluar la estructura del programa: los horarios, el lugar, la habilidad comunicativa y de enseñanza y los recursos utilizados.

Cuadro nº 8. Escala Likert para la Evaluación de Maimti

Valoración					
Grado de utilidad de los temas tratados.	1	2	3	4	5
Adecuación del horario y el lugar.	1	2	3	4	5
Adecuación de la forma de trabajo.	1	2	3	4	5
Utilidad del programa para el día a día.	1	2	3	4	5
Grado de satisfacción con el programa.	1	2	3	4	5

Fuente: Elaboración propia. Adaptada de Germán C.(18)

Evaluación de los resultados:

La evaluación de los resultados se basa en el impacto que tiene el programa llevado a cabo en los hábitos de vida de Maimti, es decir, los cambios que han surgido en los hábitos de la misma.

La evaluación se llevó a cabo, en el plazo de seis meses al volver a contactar con la paciente evaluando los cambios realizados y su impacto en su salud.

Maimti fue mejorando y cumplió el objetivo de regular los cambios previstos. Fue un caso en el que al volver a tener un IMC normal, pudo dejar la medicación, con control analítico que hasta la fecha está normalizado.

En las modificaciones del estilo de vida el pilar fundamental es la educación, que ayuda a conseguir una mejor aceptación de la enfermedad, así como un control del peso. Ha quedado demostrado que en estos casos resulta mucho más beneficioso un entrenamiento grupal para promover el autocuidado.

Maimti compartió sus autocuidados con su red social y creó expectativas de manera que Mohamed, el enfermero, le propuso crear un grupo de autoayuda que favoreció el autocuidado de toda su red de apoyo. Una estrategia que se usó para favorecer el cambio fue que realizaran dibujos, pinturas, canciones relacionadas con los cambios de la vida cotidiana.

Discusión:

El tratamiento con insulina debe iniciarse únicamente cuando no se han conseguido alcanzar las metas marcadas para el control glucémico, a pesar de los cambios realizados en el estilo de vida y el uso de hipoglucemiantes. En muchos casos se puede dar un déficit de adherencia al tratamiento en las enfermedades de tipo crónico (19). Una no adherencia al tratamiento en la diabetes mellitus tipo 2 puede acarrear una serie de problemas a corto plazo como la hiperglicemia y otras a largo plazo, como en las mencionadas previamente en el apartado de las complicaciones de la diabetes (pie diabético o fallo renal) (20).

6. CONCLUSIONES

1. Las necesidades de la paciente se centran, fundamentalmente, en la necesidad de llevar un control glucémico, farmacológico y de autocuidado cotidiano.
2. Tal y como se puede ver en la entrevista los hábitos de vida culinarios no son los más adecuados, debido a la continua ingesta de grandes cantidades de azúcar, de modo que resulta imprescindible llevar a cabo una concienciación de la población y, en este caso más concretamente, de la paciente.
3. Las estrategias de autocuidado basadas en la implementación de una serie de cambios en el estilo de vida en los que se incluyan una dieta adecuada con una correcta distribución de la ingesta de hidratos de carbono a lo largo del día y caminatas diarias (abandono del estilo de vida sedentario) han resultado exitosas.
4. Para que la paciente siga adecuadamente el tratamiento, teniendo en cuenta que vive con su marido y sus hermanas, resulta también necesaria la educación de los mismos para favorecer el seguimiento del tratamiento por parte de la paciente. En este caso el papel más importante lo tendrían las hermanas puesto que es con ellas con quien comparte la ejecución de las tareas del hogar.
5. Maimti logró un empoderamiento respecto a su salud, su enfermedad y un elevado nivel de autocuidado. Se convirtió además en un referente para otras personas, con problemas similares, de su comunidad.
6. Resulta imprescindible poner en marcha reuniones grupales de manera que los diferentes pacientes puedan obtener más información respecto a la patología que sufren, garantizando de esa manera que puedan comprender la importancia de los tratamientos que deben seguir.

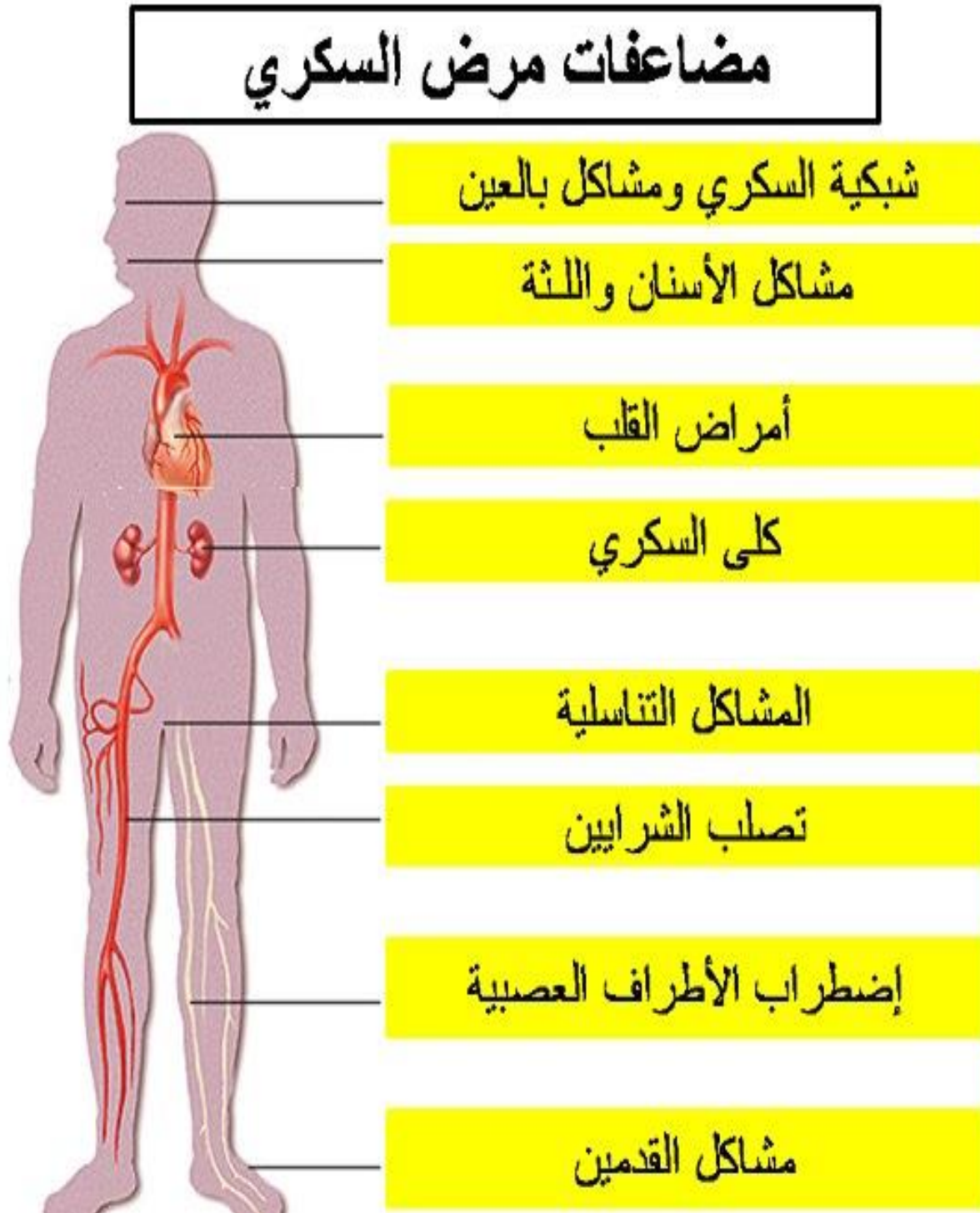
7. BIBLIOGRAFÍA

1. World Health Organization. Definition, Diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications: Report of a WHO Consultation. Part1: Diagnosis and classification of diabetes mellitus. Geneva: World Health Organization; 1999.
2. American Diabetes Association. "Standards of Medical Care in Diabetes—2017: Summary of Revisions." Diabetes Care 40. Supplement 1. 2017: S4-S5.
3. ArtolaMenéndez S, et al. Estrategia en Diabetes del Sistema Nacional de Salud. Actualización. 2012.
4. Dra. Elizabeth Rojas de P., Dra. Rusty Molina, Dr. Cruz Rodríguez. Definición, clasificación y diagnóstico de la diabetes mellitus. Rev. Venez. Endocrinol. Metab. Vol.10 supl.1 Mérida oct. 2012.
5. Bosch Xavier, Alfonso Fernando, Bermejo Javier. Diabetes y enfermedad cardiovascular. Una mirada hacia la nueva epidemia del siglo XXI. RevEspCardiol. Vol. 55. No 05. 2002.
6. Publicó, cuentas Satélitedel Gasto Sanitario. Tablas Estadística de Gasto Sanitario Público (EGSP). Gasto sanitario público según criterio de devengo: Gasto real. Serie 2002-2010.
7. International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas, 6th ed, Brussels, Belgium: International Diabetes Federation. 2014.
8. Meléndez Herrada Enrique, Sánchez D. B. Guadalupe, Ramírez P. Maritoña, Cravioto Alejandro, Cervantes Estrella. Diabetes mellitus: aspectos modernos de la problemática. Rev. Fac. Med UNAM Vol. 50 No.3. Mayo-Junio. 2007.
9. Crespo C, et al. Costes directos de la diabetes mellitus y de sus complicaciones en España (Estudio SECCAID: SpainestimatedcostCiberdem-Cabimer in Diabetes). Avances en diabetología. 2013, vol.29, no 6, p. 182-189.
10. Trasasmontes V. Los campamentos de refugiados en Tinduf: Una aproximación desde la economía. Revista de Economía Mundial, núm. 29. 2011, pp.287-317.
11. United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR) 2014. UNHCR global trends 2013. Geneva. United Nations High Commissioner for Refugees. Consultado el 15 de Junio de 2018. Disponible en: <http://unhcr.org/trends2013>
12. Mohamed, Dafa. La diabetes mellitus en los campamentos de refugiados saharauis en Argelia. Espacio Diabetes 2013; 1 (2): 62-63.

13. Barikmo, Ingrid; Kirkerud, Eirik. Series of Norwegian nutrition studies in the refugee camps. The Norwegian Support Committee for Western Sahara. Archive 2011. Disponible en: <http://www.vest-sahara.no/a123x1699>. Consultado el 10/06/2018.
14. García López S. Vivir en el Sahara: adaptación del hombre a la adversidad de un cambio climático. Ediuono: Ediciones de la Universidad de Oviedo, 2005: 98-105
15. Calero García MJ, Cruz Lendínez A, Campos Calero A. La mejora de la salud de la población saharauí a través de la innovación docente en educación: un proyecto de formación en cascada. IndexEnferm. 2016 Sep; 25(3): 198-202.
16. Velloso de Santisteban A, Vinagrero Ávila JA. Educación en Palestina, Sahara Occidental, Iraq, Guinea Ecuatorial y para refugiados. Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED), España. 2016.
17. Gil Velázquez Luisa Estela, Sil-Acosta María Juana, Domínguez-Sánchez Elia R., Torres-Arreola Laura del Pilar, Medina-Chávez Juan Humberto. Diagnóstico y tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2. Rev. Med. Inst. Mex Seguro Soc. 2013;51(1):104-19.26
18. Germán Bes, Concepción y col. Curso de Educación para la Salud del Hipertenso y familia. Fichas didácticas. 1988. Granada (España). Escuela Andaluza de Salud Pública.
19. Ortiz Manuel, Ortiz Eugenia, Gatica Alejandro, Gómez Daniela. Ter. Psicol. 2011.
20. Gallegos, E., Cárdenas, V., Salas, M. Capacidades de auto-cuidado del adulto con diabetes tipo 2. Investigación y Educación en Enfermería. 1999; 17, 23 - 33.

8. ANEXOS:

ANEXO 1: Complicaciones de la diabetes mellitus en el idioma de Maimti (Árabe).



ANEXO 2: Foto de los campamentos de refugiados saharauis.



Anexo 3: Dispensario de la Wilaya de Layun.



ANEXO 4: Mujer saharaui



ANEXO 5: Mujeres saharauis recogiendo ayuda humanitaria.

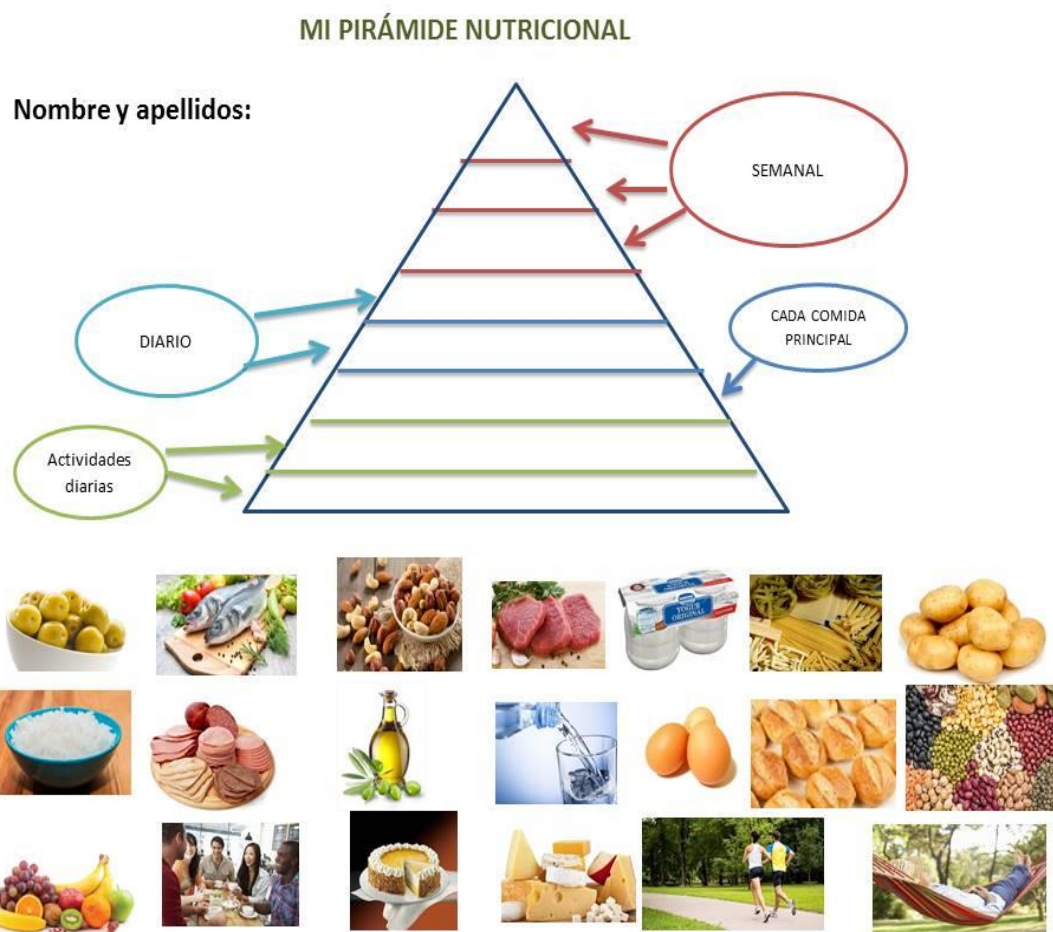


ANEXO 6: Escuela de enfermería en los campamentos de refugiados saharauis.

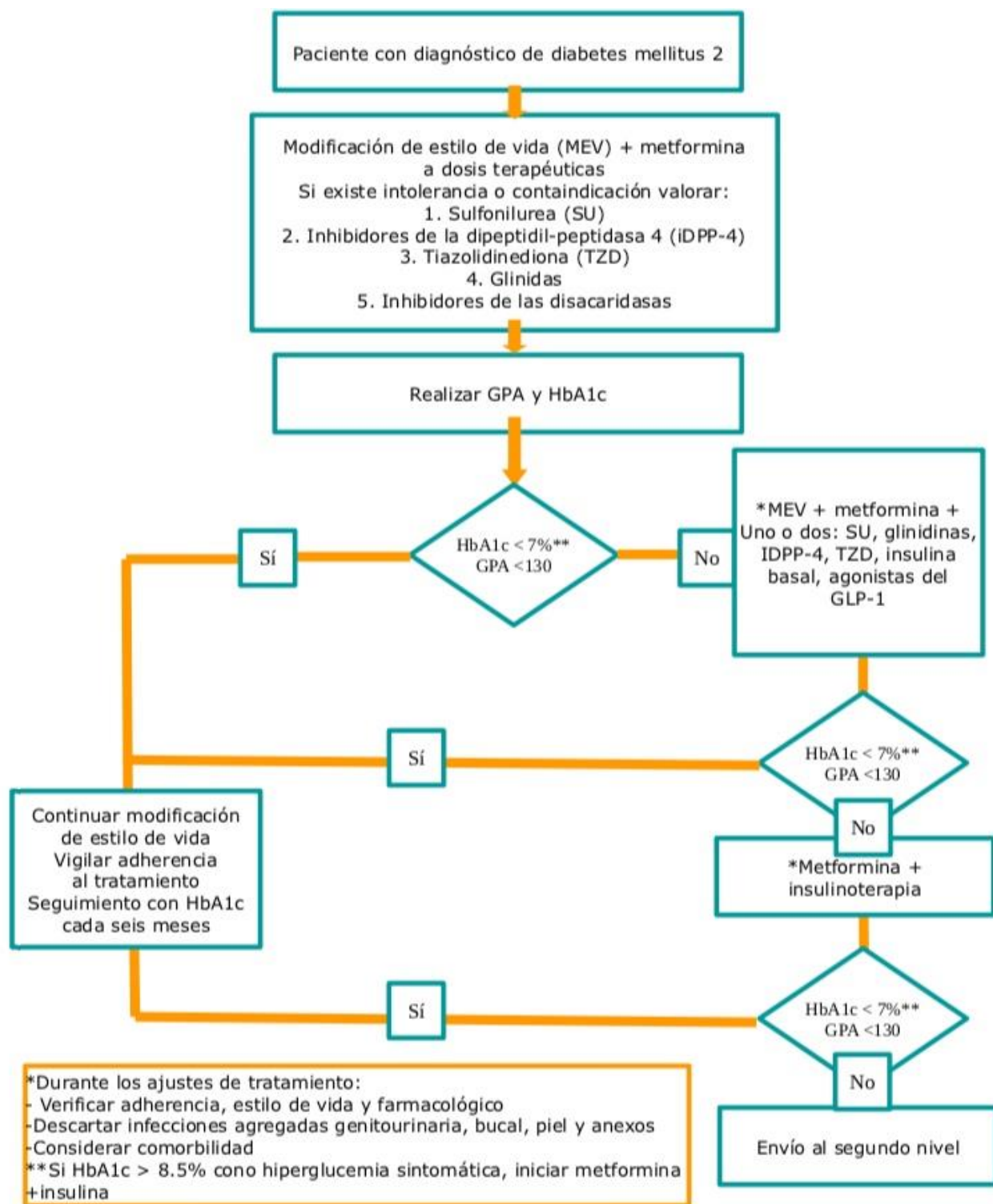




ANEXO 8: Pirámide nutricional en la que Maimti irá pegando las imágenes según consumo. Elaboración propia.




ANEXO 9: Esquema de tratamiento de un paciente con diabetes mellitus tipo 2 (17)





SESION 3
Ficha 8


RECOMENDACIONES FINALES


Cuadro n.º 9 ejercicio 4




- 

5_____Pruebe a realizar ensaladas "imaginativas", en las que puede combinar la lechuga, pepino, cebolla y demás con frutas no demasiado dulces como manzana, pera e incluso ciertos melones. Si se acostumbra, podrá en un futuro añadir otras cosas, y verá que es divertido.
- 

6_____Tome siempre que pueda zumos naturales. De vez en cuando sustituya las bebidas azucaradas preparadas, por zumos naturales.
- 

7_____Evite los fritos. Utilice siempre que pueda la olla a presión, el horno, la parrilla.
- 

8_____No utilice manteca para guisar, reduzca la cantidad de aceite.
- 


9_____El ajo, la cebolla y el pimiento, base de muchos sofritos son adecuados siempre que **no naden en aceite**.

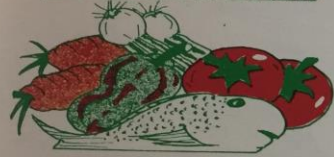
RECOMENDACIONES FINALES


SESION 3
Ficha 8


Cuadro n.º 9 ejercicio 4

Señale con una × lo que ya viene haciendo, y con × × lo que está dispuesto a intentar.

- 

1_____Cuando vaya a la compra, que haya abundancia de vegetales y frutas. Recuerde si tiene legumbres, frutos secos y espagueti o macarrones, que siempre vienen bien para llenar huecos imprevistos.
- 

2_____Las verduras, solas o combinadas, son un excelente acompañamiento de pollo, pescados y carnes. Sustituya las patatas fritas por verduras guisadas, hervidas o ensaladas.
- 

3_____Casi cada día acompañe sus comidas de ensalada fresca, puede tomar toda la que quiera siempre que disminuya el aderezo de aceite. No deje de tomar ensalada cuando en la comida no haya verduras.
- 

4_____Pruebe a utilizar con más frecuencia hierbas aromáticas en ensaladas y guisos. Son productos naturales, que facilitan la digestión, y dan buen sabor a las comidas. Hierbas como el orégano, la hierbabuena, la albahaca, el comino, el clavo, tomillo, romero... son de uso común en la espléndida comida tradicional española y casi sustitutos de la sal.

ALIMENTOS ACONSEJADOS PARA REDUCIR LA H.T.A.



SESION 4
Ficha 10



- 1.- Verduras crudas (ensaladas), cocidas (mejor poco) y frutas frescas. TIENEN: FIBRA
AGUA

VITAMINAS Y SALES MINERALES



- 2.- Leche y derivados (yogur, queso, etc.) deben ser desnatados.
— Aceites vegetales.
— Pan integral en todas modalidades.
— Arroz y legumbres (lentejas, garbanzos, judías) en cantidades moderadas. TIENEN: FIBRA Y PROTEINAS
PRODUCEN: ENERGIA



- 3.- Pescado fresco. El congelado debe evitarse porque contiene sal.
TIENEN: PROTEINAS
GRASAS POLIINSATURADAS



- 4.- Pollo, carne de ternera con preferencia, o carne magra, con poca grasa, huevos.
TIENEN: PROTEINAS
PRODUCEN: ENERGIA



SESION 3
Ficha 4

CONSEJOS PARA DISMINUIR LOS AZUCARES

Cuadro n.º 4



- 1.- Intente beber el café, manzanilla, té u otras infusiones sin azúcar. Le resultará más fácil si empieza poco a poco.



- 2.- Tome zumo natural siempre que pueda.



- 3.- Compre zumo de fruta natural, mejor que néctar.



- 4.- Reduzca el consumo de azúcar a la mitad, al hacer bizcochos, magdalenas, tartas y conservas tipo mermeladas, carne membrillo, zumos.



- 5.- Entre horas coma fruta fresca en lugar de dulces.

Dejar de tomar azúcar es una de las mejores maneras de disminuir calorías.
Un vaso de refresco corriente contiene aproximadamente cinco cucharillas de azúcar.

